



الموافقة الرفض الإلغاء
لإعطاء اللقاح/مانتوكس- ARABO-

Procedura Aziendale
Allegato 6 Mod 06 P 183 AUSLBO

بيانات المستخدم

(COGNOME) (اللقب)

(NOME) (الإسم)

(DATA E LUOGO DI NASCITA) تاريخ الميلاد مكان الميلاد

(CODICE FISCALE) رمز التعريف الضريبي

أنا اعلم

ب قراءة المعلومات المم تعلقة بال إلزامات المم ترحة . 1.

ذوا علاجات قد الم تذفي قمت ب إلاغ افريقي الم تطعيم ب الأمراض ، الحال ية وأو ال سابقة . 2.

ب د حصولي على معلومات شاملة عن ال علاج ال صحي المم ترحة، وب د إلاغي ب ضرورة ب قاد ي في الخدمة ب عد 51 دقة من الم تطعيم،

بعد أن فهمت جيداً ما تمت مناقشته ومشاركته حتى الأن خلال المقابلة المعلوماتية مع المتخصصين في الفريق، 4.

ت ال لازم لات خاذ ال قرار وب د حصولي على إجابة مرضية على الأسئلة المطروحة، ب د أن أذ يح ل لي ال وق

أوافق على تنفيذ العلاج الصحي المقترح (حدد) ACCONSENTO

أنا لا أوافق على العلاج الصحي المقترح (يرجى التحديد)، لأنني على دراية كافية وبالتالي على دراية بالعواقب التي تترتب على هذه المعارضه على الظروف الصحية NON ACCONSENTO

ألغى الموافقة التي سبق أن أعطيتها على العلاج الصحي، لأنني على دراية كافية وبالتالي على دراية بالعواقب التي تترتب على هذه المعارضه على الظروف الصحية REVOCO IL CONSENSO

(FIRMA) التوقيع

- (Il/la paziente) المريض _____
- (Il/I genitore/i) الوالد _____
- (L'amministratore di Sostegno) مسؤول الدعم _____
- (Il Tutor) الوصي _____
- (Persona di fiducia ai sensi dell'1 c.3 L.219/2017) شخص موثوق به _____
- (Mediatore culturale) الوسيط الثقافي _____

Professionisti sanitari dell'equipe vaccinale

Nome cognome Ruolo Medico <input type="checkbox"/> AS/inf <input type="checkbox"/>	Nome cognome Ruolo Medico <input type="checkbox"/> AS/inf <input type="checkbox"/>
Confermo che il paziente ha espresso il suo consenso alla vaccinazione ovvero al programma vaccinale dopo essere stato adeguatamente informato	Confermo che il paziente ha espresso il suo consenso alla vaccinazione ovvero al programma vaccinale dopo essere stato adeguatamente informato
Firma	Firma

La presenza del secondo professionista sanitario non è indispensabile in ambulatorio o altro contesto ove operi un singolo Professionista Sanitario, al domicilio della persona vaccinanda o in stato di criticità logistico-organizzativa.

Sito iniettivo Modalità di somministrazione Prodotto Lotto Data di scadenza	deltoide dx <input type="checkbox"/> deltoide sn <input type="checkbox"/> i.m. <input type="checkbox"/> s.c. <input type="checkbox"/> orale <input type="checkbox"/>	Sito iniettivo Modalità di somministrazione Prodotto Lotto Data di scadenza	deltoide dx <input type="checkbox"/> deltoide sn <input type="checkbox"/> i.m. <input type="checkbox"/> s.c. <input type="checkbox"/> orale <input type="checkbox"/>
Sito iniettivo Modalità di somministrazione Prodotto Lotto Data di scadenza	deltoide dx <input type="checkbox"/> deltoide sn <input type="checkbox"/> i.m. <input type="checkbox"/> s.c. <input type="checkbox"/> orale <input type="checkbox"/>	Sito iniettivo Modalità di somministrazione Prodotto Lotto Data di scadenza	deltoide dx <input type="checkbox"/> deltoide sn <input type="checkbox"/> i.m. <input type="checkbox"/> s.c. <input type="checkbox"/> orale <input type="checkbox"/>